



УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального Директора
Акционерного общества

«Страховая компания «Астро-Волга»
от 25.11.2022 г. Приказ № 1125/А-1

Я.В. Остудин



**ПРАВИЛА
МЕДИЦИНСКОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ**
(№ 61830/001)¹

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ
4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ФРАНШИЗА
5. ПОСЛЕДСТВИЯ НЕУПЛАТЫ В СРОК СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ.
7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.
8. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
11. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
12. ПОРЯДОК ПРИЗНАНИЯ ДОГОВОРА НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ
13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Приложения

¹ Указанный номер 61830 соответствует коду Правил в «Кодификаторе правил страхования и страховых продуктов», утвержденном страховой организацией в целях удобства учета правил страхования и разработанных на их основе страховых продуктов; дополнительная цифра (число) /001- соответствует порядковому номеру редакции Правил

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие Правила приняты в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (АО «СК «Астро-Волга»), именуемое в дальнейшем «Страховщик» обязуется за обусловленную договором добровольного медицинского страхования страховую плату (далее – страховая премия), уплачиваемую другой стороной (далее – Страхователь), осуществить организацию и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме Программ добровольного медицинского страхования с целью покрытия затрат Застрахованных лиц на медицинские и иные услуги в результате наступления указанных в договоре добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования, Договор) страховых случаев.

1.2. Страхователями признаются юридические лица любой организационно-правовой формы, в том числе и зарубежные юридические лица, дееспособные физические лица, индивидуальные предприниматели, заключившие со Страховщиком Договоры добровольного медицинского страхования.

1.3. Страхователи – юридические лица заключают Договоры страхования в пользу физических лиц (далее по тексту – Застрахованные лица или Застрахованные).

Страхователи – физические лица заключают Договоры страхования в отношении самих себя или в отношении иных физических лиц (далее по тексту – Застрахованные лица или Застрахованные). Если Договор страхования заключен Страхователем – физическим лицом в отношении самого себя, он одновременно является Застрахованным лицом (Застрахованным).

Застрахованным, если иное не предусмотрено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

1.4. Страхователь, заключая Договор страхования на основании настоящих Правил страхования, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» выражает согласие на обработку указанных в Договоре страхования, Заявлении и иных полученных дополнительно персональных данных с целью учета договора и исполнения обязательств по нему без ограничения срока действия. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц — лиц, допущенных на обработку их персональных данных. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других страховых продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения. Настоящее согласие может быть отозвано в письменном виде не ранее как по истечении одного года с момента прекращения Договора страхования.

1.5. Страховщик вправе при заключении Договора страхования определить особые условия страхования в отношении лиц:

- возраст которых меньше 2-х лет или больше 65-ти лет на момент заключения Договора страхования;
- которые являются инвалидами I, II или III группы или имеющих категорию «ребенок-инвалид»;
- ВИЧ-инфицированных, больных онкологическими заболеваниями, системными болезнями соединительной ткани, с хронической почечной недостаточностью, заболеваниями крови, перенесшими операции трансплантации органов, больных хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации или имеющих хронические заболевания, которые могут повлечь установление группы инвалидности или смерть Застрахованного лица;
- находящихся на стационарном лечении на момент заключения Договора страхования;
- употребляющих наркотики, токсичные вещества с целью наркотического или токсичного опьянения;
- состоящих или состоявших на диспансерном учете в специализированном медицинском учреждении (наркологические, психоневрологические, туберкулезные, кожно-венерологические диспансеры);
- длительное время нуждающихся в постороннем уходе;
- находящихся в местах лишения свободы.

1.6. Если после заключения Договора страхования будет выявлено, что среди Застрахованных лиц имеются лица, перечисленные в п. 1.5. настоящих Правил, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении таких Застрахованных или произвести перерасчет страховой премии по данным Застрахованным с учетом вновь выяснившихся обстоятельств.

1.7. Страховщик вправе на основе настоящих Правил, Программ страхования и их комбинаций формировать условия страхования по отдельным группам единообразных Договоров страхования, ориентированных на конкретную группу Страхователей, с присвоением данным отдельным группам единообразных Договоров страхования оригинальных маркетинговых названий в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

1.8. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

1.9. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

1.10. Для целей настоящих Правил страхования используются следующие основные понятия и определения:

Медицинские учреждения – предприятия, организации, учреждения всех форм собственности и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации или за ее пределами, имеющие соответствующие разрешения (лицензии) на право осуществления медицинской (фармацевтической) деятельности. К медицинским учреждениям относятся, в частности, амбулаторно-поликлинические учреждения, стационары, в том числе стационары дневного пребывания, диспансеры, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, медико-санитарные части предприятий, аптечные учреждения, санаторно-курортные учреждения, научно-исследовательские учреждения и институты, клиники, иные учреждения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность индивидуально.

Аптечные учреждения – предприятия, организации, учреждения всех форм собственности и физические лица, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, имеющие лицензии на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным лицам по программе «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски (ст. 4 Закона о лекарственных средствах).

Медицинские услуги – являющие единицей учета и имеющие стоимостное выражение мероприятия или комплекс мероприятий по профилактике, диагностике и лечению Застрахованных, оказанных специалистами медицинских учреждений или привлеченными ими специалистами как в самом медицинском учреждении, так и за его пределами (по экстренным показаниям, на дому и т.д.).

Иные услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, сопутствующих медицинским услугам, оказываемым Застрахованным лицам, и направленных на создание всех необходимых условий для успешного высококачественного и комфортного оказания Застрахованному медицинской помощи, включая медико-социальную и медико-транспортную помощь, ассистентские и сервисные услуги, стоимость пребывания и питания в медицинском учреждении, расходных материалов, средств реабилитации, жизнеобеспечения и т.п.

Виды медицинской помощи – формы организации и оказания медицинских услуг, сгруппированные в зависимости от специфики оказания медицинской помощи, места и условий ее предоставления, вида медицинской деятельности. В рамках настоящих Правил совокупность оказываемых Застрахованным лицам медицинских и иных услуг разбита на следующие виды медицинской помощи: скорая и неотложная помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, реабилитационно-восстановительное и санаторно-курортное лечение, стоматологическая помощь, ведение беременности и родов, лекарственное обеспечение.

Программа добровольного медицинского страхования – определенный Договором страхования и/или приложенный к нему в виде отдельного приложения перечень медицинских и иных услуг по видам медицинской помощи, в рамках которых Страховщик осуществляет организацию и оплату указанных в Программе добровольного медицинского страхования медицинских и иных сопутствующих услуг по Договору страхования с указанием перечня медицинских и иных учреждений, где Застрахованный может получить медицинские и иные услуги. Программа добровольного медицинского страхования определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком и, как правило, состоит из набора типовых Программ страхования, приложенных к настоящим Правилам. В Программе добровольного медицинского страхования также указывается перечень заболеваний и патологических состояний, которые являются общими исключениями из Программы добровольного медицинского страхования, и при наличии (возникновении) которых Страховщик не осуществляет организацию и оплату медицинских и иных сопутствующих услуг, связанных с данными заболеваниями и патологическими состояниями.

Выжидательный период (временная франшиза) – промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг не рассматривается в качестве страхового случая.

Страховая сумма – определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой определяется размер страховой премии (страховых взносов), и которая определяет максимальную сумму страховых выплат по всем страховым случаям в течение срока действия Договора страхования.

Лимит ответственности – определенная Договором страхования денежная сумма, ограничивающая ответственность Страховщика (максимальную сумму страховых выплат) по отдельным Программам страхования, входящим в Программу добровольного медицинского страхования, по конкретному виду медицинской или иной сопутствующей помощи.

Страховая премия (страховые взносы) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай (страховое событие) – свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата – денежная сумма в пределах установленной Договором страхования страховой суммы, которую Страховщик при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования должен выплатить в виде оплаты медицинских и иных услуг или в виде возмещения расходов Застрахованного лица.

Франшиза – определенная Договором страхования сумма страховой выплаты, не подлежащая возмещению со стороны Страховщика.

1.11. При заключении договора страхования, а также в период его действия в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного, связанные с затратами на оказание ему медицинских и иных услуг в результате наступления страхового случая.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1. Страховыми случаями являются события, совершившиеся в течение срока действия Договора страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика организовать и оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования.

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является:

3.2.1 обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинские и иные учреждения, предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования, за получением консультативных, лечебных, диагностических, реабилитационно-восстановительных, физиотерапевтических, бальнеологических, лекарственных, профилактических (в том числе иммуно- и фармакопрофилактики) и других медицинских и иных услуг по видам медицинской помощи, предусмотренным Программой добровольного медицинского страхования, при:

- острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний;
- травмах, отравлениях, несчастных случаях и других состояниях, повлекших за собой нарушение здоровья или необходимость выявления возможных нарушений состояния здоровья;
- нарушениях здоровья, требующих проведения реабилитационных или восстановительных мероприятий с целью улучшения состояния здоровья, восстановления нарушенных функций организма или снижения уровня заболеваемости;
- необходимости проведения профилактических мероприятий с целью выявления существующих нарушений состояния здоровья или оценки состояния здоровья или с целью предотвращения возникновения заболеваний или снижения уровня заболеваемости;

3.2.2 обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования за получением предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования медицинских и иных услуг в другие медицинские учреждения, не предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком;

3.2.3 получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, в случае, если на дату начала действия Договора страхования Застрахованное лицо уже находилось на амбулаторном (стационарном) лечении, и при этом Страховщик был уведомлен об этом и соответствующие услуги были получены после вступления Договора страхования в силу.

3.3. В случае установления в Договоре страхования выжидательного периода (временной франшизы) обязанность Страховщика организовывать и оплачивать оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги наступает по окончании выжидательного периода.

3.4. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, если:

3.4.1. Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования.

3.4.2. Застрахованным получены медицинские и иные услуги в медицинских и иных учреждениях, не предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, и выбор которых не был согласован или организован Страховщиком.

3.4.3. Медицинские услуги оказаны не Застрахованному лицу, которому Застрахованное лицо передало свой страховой медицинский полис, пропуск в медицинское учреждение и т.п. документы.

3.4.5. Застрахованным получены медицинские и иные услуги по окончании срока действия Договора страхования, даже если заболевание или патологическое состояние, послужившее причиной оказания данных услуг, произошло в течение срока действия Договора страхования.

3.4.6. Оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг необходимо в связи с заболеваниями, патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:

- в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица;
- при управлении Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или передачи управления лицу, находящегося в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- при совершении Застрахованным лицом умышленного противоправного действия;
- в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство.

3.5. Если Договором страхования или Программой добровольного медицинского страхования не предусмотрено иное, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, если:

3.5.1. Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностики или лечения Застрахованного, либо выполненные по желанию Застрахованного без медицинских показаний.

3.5.2. Застрахованным получены медицинские и иные услуги в связи с обострением хронического заболевания или последствиями заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до вступления в силу Договора страхования и не указанного им в заявлении или «Анкете Застрахованного».

3.6. Если Договором страхования не предусмотрено иное, не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, вызванное стихийными бедствиями.

3.7. Если в период действия Договора страхования у Застрахованного лица будет выявлено заболевание (патологическое состояние), которое является исключением из Программы добровольного медицинского страхования, то Страховщик обязан организовать и оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги до момента установления окончательного диагноза по данному заболеванию, при этом оказываемые в дальнейшем медицинские и иные услуги в связи с данным заболеванием оплате Страховщиком не подлежат и Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении такого Застрахованного.

3.8. Договор страхования может быть заключен на условиях страхования от следующих страховых рисков:

3.8.1. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу амбулаторно-поликлинической помощи (типовые Программы страхования «Домашний доктор категория Стандарт», «Домашний доктор категория Люкс», «Врач в офис», «Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт», «Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс» «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт» «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс» - см. Приложения № 1, раздел 1.1 — 1.7. к настоящим Правилам).

3.8.2. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу стоматологической помощи (типовые Программы страхования «Экстренная стоматология», «Стоматология категория Стандарт», «Стоматология категория Люкс» - см. Приложения № 1, раздел 1.8 - 1.10 к настоящим Правилам).

3.8.3. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу скорой и неотложной помощи (типовая Программа страхования «Скорая и неотложная помощь» - см. Приложение № 1, раздел 1.11 к настоящим Правилам).

3.8.4. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу стационарной помощи (типовые Программы страхования «Экстренная госпитализация», «Плановая госпитализация категория Стандарт», «Плановая госпитализация категория Люкс», «Стационарная помощь категория Стандарт», «Стационарная помощь категория Люкс» - см. Приложения № 1, раздел 1.12 - 1.16 к настоящим Правилам).

3.8.5. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу реабилитационно-восстановительного и/или санаторно-курортного лечения (типовая Программа страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» - см. Приложение № 1, раздел 1.17 к настоящим Правилам).

3.8.6. Риска возникновения обстоятельств, требующих лекарственного обеспечения Застрахованного лица (типовая Программа страхования «Лекарственное обеспечение» - см. Приложение № 1, раздел 1.18 к настоящим Правилам).

3.8.7. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу помощи по ведению беременности и родов (типовая Программа страхования «Ведение беременности и родов» - см. Приложение № 1, раздел 1.19 к настоящим Правилам).

3.8.8. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при критических заболеваниях (типовая Программа страхования «Критические заболевания» - см. Приложение № 1, раздел 1.20 к настоящим Правилам).

3.8.9. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу комплексной медицинской помощи (типовые Программы страхования «Комплексная медицинская помощь категория Стандарт», «Комплексная медицинская помощь категория Люкс», «Полное покрытие» - см. Приложения № 1, раздел 1.21 - 1.23 к настоящим Правилам).

3.8.10. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при орфанных заболеваниях (типовая Программа страхования «Орфанные болезни» - см. Приложение № 1, раздел 1.24 к настоящим Правилам).

3.9. Общие исключения из страхового покрытия к Программам страхования приведены в Приложении № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам.

3.10. Программа добровольного медицинского страхования, являющаяся неотъемлемой частью Договора страхования, может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения типовых Программ страхования, изложенных в Приложении № 1, разделы 1.1 - 1.24 к Правилам страхования.

3.11. Страхователь имеет право определить набор типовых Программ страхования в любой комбинации и/или выбрать определенный перечень услуг из любой Программы страхования.

3.12. Страховщик имеет право определить типовые Программы страхования, заключение Договоров страхования по которым не может осуществляться отдельно, а должно осуществляться в комплексе с другими Программами страхования.

3.13. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком внести изменения в перечень предоставляемых услуг по Программе добровольного медицинского страхования путем оформления дополнительного соглашения с указанием соответствующих изменений. Вносимые измене-

ния в Программу добровольного медицинского страхования могут сопровождаться изменением страховой суммы по Договору страхования и пересчетом страховой премии, если такое изменение увеличивает степень риска или объем ответственности Страховщика по Договору страхования.

3.14. Страховщик по согласованию со Страхователем имеет право вносить изменения в перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по Договору страхования. Изменение перечня медицинских учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по Договору страхования, может осуществляться Страховщиком в одностороннем порядке при расширении перечня медицинских учреждений, оказывающих услуги по Договору, или исключении медицинского учреждения из перечня - только в случае окончания срока действия медицинской лицензии у медицинского учреждения или прекращения договорных отношений между Страховщиком и медицинским учреждением, исключаемым из Программы добровольного медицинского страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), ФРАНШИЗА

4.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем исходя из выбранной Страхователем Программы добровольного медицинского страхования, перечня медицинских учреждений, привлекаемых для обслуживания Застрахованных, иных факторов и указывается в Договоре страхования. Страховщик имеет право установить минимальную величину страховой суммы для каждой из Программ страхования, указанной в п.п. 3.8.1-3.8.10 настоящих Правил.

4.2. Страховая сумма может быть единой для всех Программ страхования, входящих в Программу добровольного медицинского страхования по договору страхования, либо оговаривается лимит ответственности (страховая сумма) для каждой из выбранных Страхователем Программ страхования отдельно. В случае установления лимита ответственности (страховой суммы) по каждой Программе страхования отдельно Страховщик при наступлении страховых случаев несет обязанность по страховой выплате в пределах лимита ответственности (страховой суммы) по данной Программе страхования.

4.3. Страховая сумма по Договору страхования может устанавливаться как на всех Застрахованных, так и на каждого Застрахованного отдельно. При установлении индивидуальной страховой суммы по каждому Застрахованному лицу Страховщик при наступлении страхового случая несет обязанность по страховой выплате каждому Застрахованному лицу в пределах его индивидуальной страховой суммы.

4.4. В случае, если соглашением Сторон по Договору страхования устанавливается единая агрегатная страховая сумма на всех Застрахованных, индивидуальная страховая сумма на каждого Застрахованного не устанавливается.

4.5. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму в целом по Договору страхования или по конкретным Застрахованным лицам путем оформления дополнительного соглашения с указанием соответствующих изменений и пересчетом страховой премии.

4.6. Страховая премия (страховые взносы при уплате страховой премии в рассрочку) устанавливаются на основе страхового тарифа, рассчитанного Страховщиком в зависимости от размера страховой суммы, срока страхования, объема Программы добровольного медицинского страхования, перечня медицинских учреждений, привлекаемых для обслуживания Застрахованных по Договору страхования, а также по результатам андеррайтинга с учетом других существенных обстоятельств, влияющих на степень риска, в том числе указанных в п. 4.7 настоящих Правил, и указывается в Договоре страхования.

4.7. Базовые страховые тарифы указаны в Приложении № 2, таблица 1 к настоящим Правилам.

4.8. При расчете страховой премии Страховщик вправе использовать коэффициенты риска, определяемые в том числе:

- по возрастному признаку (Приложение № 2, таблица 2 к настоящим Правилам);
- по группе здоровья Застрахованного лица (Приложение № 2, таблица 2 к настоящим Правилам).

4.9. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости, а также изменении перечня предоставляемых Застрахованным лицам услуг по Программе добровольного медицинского страхования или размера страховой суммы, размер страховой премии может быть изменен по соглашению между Страховщиком и Страхователем с внесением соответствующих изменений в Договор страхования.

4.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при заключении краткосрочных договоров страхования (на срок менее одного года), страховая премия уплачивается в следующем проценте от годового размера страховой премии (при этом неполный месяц договора страхования принимается за полный):

Срок действия договора в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Размер страхового взноса в процентах общего годового размера страховой премии										
20	35	50	60	65	70	75	80	85	90	95

4.11. При страховании на срок более одного года страховая премия по Договору страхования определяется, как правило, в следующем размере:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по Договору устанавливается как сумма страховых премий за каждый год страхования;
- в случае страхования на год (или несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные ме-

сяца определяется путем умножения 1/12 величины годовой страховой премии на количество месяцев срока действия Договора страхования. При этом неполный месяц принимается за полный.

4.12. Страховая премия уплачивается Страхователем после получения от Страховщика счета на оплату страховой премии или иного документа, содержащего информацию о размерах страховой премии, порядке и сроках ее уплаты. Страховая премия уплачивается одновременно или, по соглашению сторон, может вноситься в рассрочку – страховыми взносами в соответствии с графиком уплаты страховых взносов, предусмотренным Договором страхования:

4.12.1. При безналичной форме оплаты страховая премия (взносы) считается уплаченной в момент поступления суммы страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика.

4.12.2. При оплате страховой премии (взноса) наличными деньгами страховая премия уплачивается внесением суммы премии (взноса) в кассу.

4.13. По соглашению Сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя в выплате страхового возмещения – франшиза. Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. Порядок применения франшизы указывается в Договоре страхования.

4.14. Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная франшиза), в процентах от страховой суммы или убытка (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Наличие абсолютной или относительной франшизы и ее размер указываются в договоре страхования, наличие временной франшизы указывается в Программе страхования.

4.15. Франшиза может быть безусловная или условно-безусловная.

4.15.1. При указании в Договоре страхования безусловной франшизы Страховщик уменьшает размер страховой выплаты на размер установленной франшизы. Например, Договором страхования может быть предусмотрено доленое (процентное) участие Застрахованного лица в оплате медицинских и иных услуг, полученных в соответствии с условиями Договора страхования.

4.15.2. При указании в Договоре страхования условно-безусловной франшизы Страховщик применяет безусловную франшизу в установленном в Договоре страхования размере по страховым событиям, произошедшим при определенных условиях (например, по определенным Программам страхования или видам медицинской помощи и т.д.), тогда как по всем другим страховым событиям страховая выплата подлежит возмещению полностью.

4.16. Франшиза может быть установлена по Договору, по Программе страхования, по одному страховому риску либо по их комбинации.

5. ПОСЛЕДСТВИЯ НЕУПЛАТЫ В СРОК СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

5.1. Если к предусмотренному в Договоре страхования сроку очередной страховой взнос не будет внесен или будет внесен в меньшей сумме, чем предусмотрено Договором, то Договор страхования считается прекращенным с 00 часов дня, следующего за днем, указанным в Договоре страхования как день оплаты очередного взноса рассроченной страховой премии (см. подпункт 7.1.3. настоящих Правил).

5.2. Договором страхования могут быть определены иные последствия неуплаты Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов рассроченной страховой премии, в том числе:

5.2.1. Договором страхования может быть предусмотрено право Страховщика расторгнуть Договор страхования в связи с неуплатой в установленные сроки очередных страховых взносов путем направления Страхователю письменного уведомления о расторжении Договора страхования. При этом Страховщик не производит страховые выплаты по страховым событиям, произошедшим с 00 часов дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как день оплаты очередного взноса рассроченной страховой премии, оплата которого Страхователем не осуществлена.

Если Страховщик не расторг Договор страхования в связи с просрочкой уплаты Страхователем очередного взноса рассроченной страховой премии, Страхователь имеет право уплатить Страховщику очередной взнос страховой премии. Срок действия Договора страхования при этом не продлевается, а Страховщик не производит страховые выплаты по страховым событиям, произошедшим в период с 00 часов дня, следующего за днем, указанным в Договоре страхования как день оплаты очередного взноса рассроченной страховой премии, оплата которого Страхователем не осуществлена, до 00 часов дня, следующего за днем его оплаты.

5.2.2. Договором страхования может быть предусмотрено, что в случае неуплаты Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов Договор страхования продолжает действовать на первоначальных условиях, а Страховщик обязан осуществлять страховые выплаты по страховым событиям, произошедшим с момента просрочки уплаты Страхователем очередного взноса рассроченной страховой премии. При этом неуплата Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов не приводит к прекращению действия Договора страхования, и Страхователь обязан осуществить уплату просроченных страховых взносов, предусмотренных Договором страхования.

5.3. Если Договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то Договором могут быть предусмотрены финансовые санкции за неуплату в установленные сроки очередных страховых взносов.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ.

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком (далее совместно именуемые – Стороны), в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае осуществить организацию и оплату медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, в пользу которого заключен Договор страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные в Договоре страхования сроки.

6.2. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством РФ.

6.3. Договор страхования заключается на основании устного или письменного Заявления Страхователя. Письменное Заявление на страхование в случае его составления является неотъемлемой частью Договора страхования. Страхователь – физическое лицо, как правило, при составлении письменного Заявления на страхование заполняет его в форме Заявления – анкеты Застрахованного (Приложение № 3 к настоящим Правилам). Страхователь – юридическое лицо к заявлению (Приложение № 4 к настоящим Правилам) прилагает список Застрахованных с указанием следующих данных: фамилии, имени, отчества, даты рождения, места рождения, адреса проживания, данных документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения), а также индивидуальной страховой суммы на каждое Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено Договором страхования и/или соглашением Сторон. По запросу Страховщика в списке Застрахованных могут содержаться и другие сведения, необходимые для идентификации Застрахованных лиц и учета факторов страхового риска (адрес, паспортные данные, должность, социальное положение и т.д.). Для заключения Договора страхования также могут быть потребованы дополнительные документы: анкеты, результаты медицинского обследования и др. Заполненные анкеты в случае их составления являются составной частью Заявления на страховании.

6.5. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении принимаемых на страхование лиц. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Договора страхования или в Заявлении на страхование.

6.6. Со Страхователем – юридическим лицом Договор страхования оформляется письменно путем составления его на типовой форме указанной в Приложении № 5 к настоящим Правилам. После заключения договора страхования Страховщик выдает для каждого Застрахованного комплект страховой документации, содержащий полис добровольного медицинского страхования (далее - Полис) (Приложение № 6 к настоящим Правилам), Программу страхования, список медицинских учреждений и, при необходимости, другие информационные документы, согласованные сторонами Договора. Страховщик выдает комплект страховых документов представителю Страхователя с возложением на него обязанностей по выдаче данных Полисов Застрахованным лицам, если соглашением Сторон не предусмотрен иной порядок передачи страховой документации.

Со Страхователем – физическим лицом Договор страхования оформляется письменно путем составления его на типовой форме указанной в Приложении № 5 к настоящим Правилам и сопровождается выдачей Застрахованному полиса добровольного медицинского страхования (Приложение № 6 к настоящим Правилам), Программы страхования, списка медицинских учреждений и, при необходимости, других информационных документов, согласованных сторонами Договора.

6.7. Кроме Полиса Застрахованным лицам могут выдаваться иные носители информации, определяющие право на получение медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, оказывающих услуги по Договору страхования.

6.8. При утрате Страхователем или Застрахованным страховых документов, утратившая их сторона должна незамедлительно в письменном виде известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Страховщик обязан выдать Страхователю или Застрахованному лицу дубликаты утерянных документов.

6.9. Застрахованному лицу запрещается передавать страховые документы (Полис, Программу страхования, список медицинских учреждений и/или иные документы) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования. В случае установления такого факта Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении такого Застрахованного лица, при этом Застрахованный обязан компенсировать расходы Страховщика в размере затрат на оплату медицинских услуг, вызванных данными обращениями, если иное не оговорено в Договоре страхования.

6.10. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено условиями конкретного договора страхования. Дата начала и окончания срока действия договора страхования указываются в договоре страхования.

6.11. Договор страхования, если условиями Договора не предусмотрен иной срок вступления его в силу, вступает в силу после уплаты Страхователем страховой премии (ее первого страхового взноса при уплате в рассрочку):

6.11.1. При уплате наличными деньгами – с 00 часов дня, следующего за днем получения денег представителем Страховщика;

6.11.2. При безналичном платеже – с 00 часов дня, следующего за днем списания Банком денег с расчетного счета Страхователя для зачисления на расчетный счет Страховщика.

6.12. Полис, Программа страхования, список медицинских учреждений, если иное не предусмотрено Договором страхования, вручаются Страхователю:

- при безналичной форме уплаты – в течение 5 банковских дней со дня поступления страховой премии (или ее первого взноса при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика;
- при уплате наличными деньгами – непосредственно после уплаты Страхователем страховой премии (или ее первого взноса при уплате в рассрочку).

7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Действие Договора страхования прекращается:

7.1.1. По истечении указанного в нем срока – в 24 часа дня, указанного в полисе или Договоре страхования как день окончания Договора страхования.

7.1.2. С момента наступления страхового случая, повлекшего страховую выплату в полном размере страховой суммы – в 24 часа дня наступления события, повлекшего такую выплату.

7.1.3. В случае неуплаты Страхователем страховой премии или очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки – в 24 часа дня, являющимся последним сроком уплаты страховой премии или ее части, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования (см. п. 5.2. настоящих Правил).

7.1.4. В случае ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке – в 24 часа дня принятия решения о ликвидации, оформленного в виде протокола собрания акционеров.

7.1.5. В случае смерти Застрахованного лица – в 24 часа дня наступления такого события.

7.1.6. В случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, кроме случаев перехода прав по Договору страхования к правопреемнику Страхователя или к Застрахованному лицу в Договоре страхования – в 24 часа дня внесения записи о ликвидации в Единый государственный реестр юридических лиц.

7.1.7. По требованию Страховщика при повышении степени риска страхования, если Страхователь отказывается от перезаключения Договора на условиях, соответствующих новой степени риска (см. раздел 8 настоящих Правил) – в 24 часа дня принятия Страховщиком такого решения.

7.1.8. По решению суда – с момента вступления решения суда в законную силу.

7.1.9. По требованию Страховщика, если Страхователь или Застрахованный не соблюдает настоящие Правила и условия Договора страхования – в 24 часа дня принятия Страховщиком такого решения.

7.1.10. По требованию Страхователя или по взаимному соглашению Сторон – с даты подписания Страховщиком заявления Страхователя о досрочном прекращении Договора страхования.

7.1.11. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.2. В случаях, предусмотренных п.п. 1.6., 3.7., 6.4., 6.9., 7.1.2., 7.1.5., 7.1.7., 7.1.8. 7.1.9. и 7.1.10. настоящих Правил, действие Договора страхования может быть прекращено досрочно в отношении конкретного Застрахованного лица или группы Застрахованных лиц.

7.3. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.4. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в настоящих Правилах.

О намерении досрочного прекращения Договора страхования Страхователь письменно уведомляет Страховщика не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если Договором страхования или взаимным соглашением Сторон не предусмотрено иное.

7.5. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное. Если на дату предполагаемой даты прекращения Договора страхования по требованию Страхователя у Страхователя имеется задолженность по оплате страховой премии, Страхователь обязан осуществить уплату части страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и неустоек, предусмотренных Договором страхования.

7.6. Во всех случаях досрочного прекращения Договора страхования, в т.ч. в отношении отдельных Застрахованных лиц, Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые документы, дающие право на получение медицинских и иных услуг по Договору страхования.

7.7. Возврат части уплаченной Страхователем страховой премии за неистекший период действия Договора страхования производится в следующих случаях досрочного прекращения действия Договора страхования:

7.7.1. В случае ликвидации Страховщика;

7.7.2. По решению суда;

7.7.3. По взаимному соглашению Сторон;

7.7.4. По другим причинам, если это предусмотрено условиями Договора страхования.

7.8. При расчете возвращаемой Страхователю страховой премии за неистекший период действия Договора страхования Страховщик удерживает в свою пользу часть премии в размере расходов на ведение дела, утвержденных в структуре тарифной ставки по данному виду страхования. Возврат части уплаченной премии осуществляется в течение 10 банковских дней, если иные сроки не установлены в Договоре страхования.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и Заявлении на страхование (анкете Застрахованного).

8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, то в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

8.3. При неисполнении Страхователем или Застрахованным лицом обязанности, предусмотренной п. 8.1. настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора.

8.4. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

8.5. Последствия, предусмотренные п.п. 8.2. и 8.3. настоящих Правил, могут наступить, если они прямо предусмотрены в Договоре страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Требовать предоставления Застрахованному в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования.

В случае непредоставления таких услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо (представитель).

9.1.2. Осуществлять контроль за выполнением условий Договора страхования.

9.1.3. Досрочно прекратить действие Договора страхования.

9.1.4. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему Договору страхования. При этом условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельно условиями Договора страхования по соглашению сторон.

9.1.5. Прекратить в отношении одного или нескольких Застрахованных действие Договора страхования.

9.1.6. С согласия Страховщика произвести замену Застрахованных по договору. Замена Застрахованных по Договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.

9.1.7. В течение срока действия Договора страхования с согласия Страховщика вносить изменения в перечень страховых рисков, перечень медицинских учреждений и/или Программ страхования, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования. Дополнительные соглашения вступают в силу в порядке, установленном для Договора страхования.

9.2. Застрахованное лицо имеет право:

9.2.1. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования.

9.2.2. Получать дубликат страхового медицинского полиса или иных страховых документов в случае их утраты.

9.2.3. Получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг.

9.2.4. Сообщать Страховщику о случаях непредоставления услуг, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

9.2.5. Принимать на себя обязанности Страхователя – юридического лица по уплате предусмотренных Договором страхования страховых взносов своевременно и в полном объеме в случае его ликвидации.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять сообщенную Страхователем (Застрахованными) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованными) требований и условий Договора страхования.

9.3.2. Отказывать Страхователю в заключении Договора страхования, и осуществлении страховых выплат или досрочно расторгнуть Договор страхования в случае установления факта, что Страхователь (его представитель) или Застрахованный сообщили ложные данные, влияющие на степень страхового риска.

9.3.3. В случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий Договора страхования.

9.3.4. Приостанавливать выполнение своих обязательств по Договору страхования или расторгать досрочно Договор страхования при непоступлении очередного платежа страхового взноса в соответствии с условиями Договора страхования.

9.3.5. Отказывать в организации и оплате медицинских и иных услуг по обстоятельствам, оговоренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором страхования.

9.3.6. Расторгать досрочно Договор страхования по обстоятельствам, оговоренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором страхования.

9.3.7. Расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного лица по обстоятельствам, оговоренным в настоящих Правилах и Договоре страхования.

9.3.8. Требовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) медицинских услуг в результате случая, впоследствии признанного нестраховым (в размере стоимости услуг), или в результате превышения суммы страховых выплат над индивидуальной страховой суммой конкретного Застрахованного лица (в размере превышения).

9.3.9. Вносить изменения в перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по Договору страхования, в случае окончания срока действия медицинской лицензии у медицинского учреждения или прекращения договорных отношений между Страховщиком и медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования.

9.3.10. В рамках своих обязательств по Договору страхования знакомится с медицинской документацией Застрахованных лиц в медицинских учреждениях.

9.3.11. Организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь, госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования.

9.3.12. В случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. Своевременно и в полном размере уплачивать обусловленную Договором страхования страховую премию (страховые взносы).

9.4.2. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, в том числе информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию).

9.4.3. Доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, настоящих Правилах, Программе добровольного медицинского страхования и порядке предоставления медицинских услуг.

9.4.4. В период действия Договора страхования незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

9.4.5. Предоставить по запросу Страховщика письменное согласие Застрахованных лиц на право экспертам Страховщика производить проверку медицинской документации в медицинских учреждениях с целью контроля объемов и качества медицинской помощи, их соответствия Программе добровольного медицинского страхования.

9.4.6. Уплачивать дополнительный страховой взнос соразмерно увеличению страхового риска или согласовывать изменение условий Договора страхования в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска.

9.4.7. Получать согласие Застрахованного лица в случае его замены другим лицом в действующем договоре страхования в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ, а также предоставлять данное согласие по запросу Страховщика.

9.5. Застрахованный обязан:

9.5.1. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования.

9.5.2. Соблюдать требования настоящих Правил, условий Договора страхования, порядок оказания медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением.

9.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

9.5.4. При утрате страхового полиса и/или страховой карточки незамедлительно извещать об этом Страховщика.

9.5.5. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг.

9.5.6. Компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с оплатой оказанных медицинских услуг в результате случая, впоследствии признанного нестраховым (в размере стоимости услуг), или в результате превышения суммы страховых выплат над индивидуальной страховой суммой Застрахованного лица (в размере превышения), если Договором страхования эта обязанность не возложена на Страхователя.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

9.6.2. Выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые медицинские полисы и иные страховые документы, определяющие право на получение медицинских и иных услуг в медицинских и иных учреждениях, оказывающих услуги по Договору страхования.

9.6.3. Производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования.

9.6.4. Обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация о фактах обращения Застрахованных за оказанием медицинской помощи, состоянии их здоровья и диагнозах, а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении Застрахованных могут быть представлены Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных.

9.6.5. Контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, и иных медицинских учреждениях, медицинская помощь в которых была организована Страховщиком.

9.6.6. Содействовать Застрахованному по его письменному заявлению в предъявлении им в судебном порядке иска путем составления искового заявления, связанного с качеством оказанной ему в рамках Договора страхования медицинской помощи, а также в получении им результатов медицинской экспертизы, подтверждающей оказание Застрахованному неполной или некачественной медицинской помощи.

9.7. Перечень прав и обязанностей Сторон, перечисленных в данном разделе, не является исчерпывающим. Стороны по Договору страхования также несут другие права и обязанности, не предусмотренные в настоящем разделе, но возлагаемые на участников договорных отношений действующим гражданским законодательством, настоящими Правилами и Договором страхования.

9.8. Если Застрахованным является несовершеннолетнее или недееспособное лицо, то его права и обязанности по Договору страхования осуществляют его законные представители: родители, опекуны и т.д.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, наступает с момента вступления Договора в силу.

10.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в Полисе или иных страховых документах, для получения информации о порядке предоставления медицинской и иной помощи. Медицинские и иные услуги Застрахованному оказываются медицинскими учреждениями при условии предъявления им Полиса или иного документа, определяющего право на получение медицинских услуг в медицинских учреждениях, и документа, удостоверяющего его личность.

10.3. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские и иные услуги по страховым случаям, определенным в Договоре страхования. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

10.3.1. Оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, перечисляемой в медицинские или иные учреждения, в которых была оказана медицинская помощь Застрахованному лицу.

10.3.2. Возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, если это предусмотрено Договором страхования и согласовано со Страховщиком.

10.4. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику счета за оказанные услуги.

10.5. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы в строгом соответствии с условиями и порядком, оговоренными в настоящих Правилах и Договоре страхования.

10.6. Страховщик не оплачивает часть стоимости лечения, которая превышает установленную Договором страховую сумму.

При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по Договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

10.7. В случае если Страховщик произвел страховую выплату, превышающую установленную Договором страховую сумму, Страховщик извещает об этом Страхователя или Застрахованное лицо (в случае, если

условиями Договора предусмотрено установление индивидуальной страховой суммы по Программе страхования на каждого Застрахованного) и выставляет Страхователю (Застрахованному) счет на оплату такого превышения.

Страхователь обязан компенсировать расходы Страховщика, возникшие в результате превышения суммы страховых выплат над страховой суммой, установленной Договором. Если Договором установлена индивидуальная страховая сумма на каждого Застрахованного, то обязанность компенсировать расходы Страховщика в части превышения суммы страховых выплат над индивидуальной страховой суммой возлагается на Застрахованного, за исключением случаев, когда Договором страхования эта обязанность возложена на Страхователя.

10.8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Застрахованному лицу, Страхователю или медицинскому учреждению в письменной форме с указанием причин отказа в течение 10 дней с момента принятия решения об отказе в страховой выплате.

10.9. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет, при этом:

10.9.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными и соответствующими положениям конкретного Договора страхования, а так же если они подтверждаются документами, перечисленными в пункте 10.10. настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.

10.9.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.

10.10. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 10.9. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:

- Заявление в адрес Страховщика;
- оплаченный счет с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости;
- квитанция и/или кассовый чек;
- выписка из истории болезни или другой документ, подтверждающий получение Застрахованным оплаченной им услуги, и заверенный подписью и печатью медицинского или иного учреждения.

10.11. В случае принятия Страховщиком решения о возмещении документально подтвержденных расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, возмещение расходов производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.

10.12. Выплаты по Договорам добровольного медицинского страхования производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим договорам страхования.

11. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Страховщик освобождается от обязанности осуществлять страховую выплату, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя или Застрахованного лица.

11.2. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от обязанности осуществлять страховую выплату, если страховой случай наступил вследствие:

- 11.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 11.2.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 11.2.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

11.3. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если совершившееся событие в соответствии с настоящими Правилами не признается страховым случаем.

11.4. Страховщик вправе отказать в страховой выплате также в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.5. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Застрахованному лицу, Страхователю или медицинскому учреждению в письменной форме с указанием причин отказа в течение 10 дней с момента принятия решения об отказе в страховой выплате.

12. ПОРЯДОК ПРИЗНАНИЯ ДОГОВОРА НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ

12.1. Договор страхования признается недействительным с момента его заключения, если:

- 12.1.1 он заключен с лицом, неправомочным заключать Договор от имени Страховщика или Страхователя или с лицом, не обладающим гражданской дееспособностью;
 - 12.1.2 в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
- 12.2. Договор страхования признается недействительным в судебном порядке.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры по Договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

13.2. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в течение срока исковой давности, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

**ТИПОВЫЕ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
И ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ К ПРОГРАММАМ СТРАХОВАНИЯ
Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга»****Раздел № 1.1****ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДОМАШНИЙ ДОКТОР КАТЕГОРИЯ СТАНДАРТ»**

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Домашний доктор категория Стандарт» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой амбулаторной-поликлинической помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация медицинской помощи на дому, организация приобретения лекарственных средств, средств индивидуального ухода и другого расходного медицинского материала.
- Прикрепление к каждому Застрахованному постоянного высококвалифицированного Домашнего врача-терапевта; открытие и ведение амбулаторной карты, динамическое наблюдение за состоянием здоровья Застрахованного в течение всего периода действия Договора (Полиса).
- Вызов Домашнего врача при острых заболеваниях или обострении хронического заболевания на дом или рабочее место.
- Услуги медицинской сестры для постановки капельниц, инъекций по назначению Домашнего врача при постельном и домашнем режиме.
- Оформление больничных листов (в т.ч. на дому, закрытие больничного листа в ЛПУ, выдавшего больничный лист); выдача рецептов (кроме льготных), оформление санаторно-курортных карт.
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение №1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.2

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДОМАШНИЙ ДОКТОР КАТЕГОРИЯ ЛЮКС»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Домашний доктор категория Люкс» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой амбулаторной-поликлинической помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация медицинской помощи на дому, организация приобретения лекарственных средств, средств индивидуального ухода и другого расходного медицинского материала.
- Прикрепление к каждому Застрахованному постоянного высококвалифицированного Домашнего врача-терапевта; открытие и ведение амбулаторной карты, динамическое наблюдение за состоянием здоровья Застрахованного в течение всего периода действия Договора.
- Вызов Домашнего врача при острых заболеваниях или обострении хронического заболевания на дом или рабочее место.
- Услуги медицинской сестры для постановки капельниц, инъекций, снятия кардиограммы, забора анализов и обеспечения прочих медицинских манипуляций по назначению Домашнего врача при постельном и домашнем режиме.
- Консультации специалистов на дому по назначению Домашнего врача при невозможности посещения ЛПУ по медицинским показаниям.
- Плановые осмотры по поводу хронических заболеваний два раза в год.
- Вакцинация от гриппа в период, предшествующий эпидемии (по данным Центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации).
- Оформление больничных листов (в т.ч. на дому, закрытие больничного листа в ЛПУ, выдавшего больничный лист); прохождение медицинской комиссии для получения водительских прав, выдача рецептов (кроме льготных), справок для посещения бассейна, оформление санаторно-курортных карт.
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.3

ПРОГРАММА «ВРАЧ В ОФИС»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по программе «Врач в офисе» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой амбулаторной-поликлинической помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; вызов врача.
- Врач в офисе: амбулаторный прием Застрахованных квалифицированным врачом-терапевтом в помещении, предоставленном Страхователем. Периодичность приемов и их продолжительность зависит от численности коллектива и оговаривается в «Особых условиях» Договора (Полиса).

Прием включает в себя:

- медицинский осмотр Застрахованных, открытие и ведение амбулаторной карты;
- выявление лиц, нуждающихся в дополнительной диагностике с учетом выявленных патологий;
- динамическое диспансерное наблюдение за состоянием здоровья Застрахованных в течение всего периода страхования, услуги медсестры по назначению врача страховой компании: забор анализов, снятие ЭКГ, прочих медицинских манипуляций.
- Вызов Дежурного врача при острых заболеваниях или обострении хронического заболевания на дом или рабочее место.
- Услуги медицинской сестры для постановки капельниц, инъекций и обеспечения прочих медицинских манипуляций по назначению врача-терапевта при постельном режиме.
- Плановые осмотры по поводу хронических заболеваний до двух раз в год.
- Вакцинация от гриппа в период, предшествующий эпидемии (по данным Центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации).
- Оформление больничных листов (в т.ч. на дому, закрытие больничного листа в ЛПУ, выдавшего больничный лист); прохождение медицинской комиссии для получения водительских прав, выдача рецептов (кроме льготных), справок для посещения бассейна, оформление санаторно-курортных карт.
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в настоящую программу страхования.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.4

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КАТЕГОРИЯ СТАНДАРТ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой амбулаторно-поликлинической помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация приобретения лекарственных средств, средств индивидуального ухода и другого расходного медицинского материала.
- Свободный выбор каждым Застрахованным амбулаторных баз из списка базовых медицинских учреждений категории «Стандарт», перечисленных в Приложении к Договору (Полису).
- Консультации врачей-специалистов, диагностика и лечение заболеваний по направлению врача по записи через медицинскую диспетчерскую службу Страховщика в базовых медицинских учреждениях, перечисленных в Приложении к Договору (Полису).
- Амбулаторное лечение травм. Гипсовая иммобилизация.
- Услуги медицинской сестры для постановки капельниц, инъекций и обеспечения прочих медицинских манипуляций по назначению врача.
- Лабораторно-диагностические виды обследования: анализы крови и других биологических сред организма (общеклинические, биохимические, гормональные, бактериологические, иммунологические, серологические, цитологические, микологические, исследование на дисбактериоз, ПЦР-диагностика (не более одного раза в течение срока действия договора - не более 10 показателей), маркеры онкологических заболеваний (не более одного раза в течение срока действия договора - не более 5 показателей) и др. виды обследований по назначению врача).
- Физиологические исследования: велоэргометрия, электрокардиография, ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД по Холтеру, доплеровское исследование сосудов конечностей и головного мозга, электроэнцефалография, ЭХО-энцефалография, исследование функции внешнего дыхания, ультразвуковая диагностика, рентгенологическое исследование, маммография, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другие необходимые методы исследования — по назначению лечащего врача и / или по записи через диспетчерскую службу Страховщика.
- Физиолечение: все виды электро- и светолечения, включая лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диодинамические токи и пр.), теплолечение, ингаляции и др.
- Классический массаж (включая массаж, проводимый узкими специалистами: офтальмологом, урологом, гинекологом, отоларингологом), ЛФК (не более одного курса² по каждому виду лечебного воздействия и по каждому случаю).
- Экспертиза временной нетрудоспособности, включая оформление и выдачу листков нетрудоспособности (закрытие листка нетрудоспособности производится в выдавшем его ЛПУ в режиме работы лечебного учреждения).
- Выдача рецептов (кроме льготных).
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.5

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КАТЕГОРИЯ ЛЮКС»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой амбулаторной-поликлинической помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация приобретения лекарственных средств, средств индивидуального ухода и другого расходного медицинского материала.
- Свободный выбор каждым Застрахованным амбулаторных баз из списка базовых медицинских учреждений категории «Стандарт» и категории «Люкс», перечисленных в Приложении к Договору (Полису).
- Консультации врачей-специалистов, диагностика и лечение заболеваний по направлению врача по записи через медицинскую диспетчерскую службу Страховщика в базовых медицинских учреждениях, перечисленных в Приложении к Договору (Полису).
- Консультации специалистов на дому при невозможности посещения ЛПУ по медицинским показаниям.
- Плановые осмотры по поводу хронических заболеваний два раза в год.
- Амбулаторное лечение травм. Гипсовая иммобилизация.
- Услуги медицинской сестры для постановки капельниц, инъекций и обеспечения прочих медицинских манипуляций по назначению врача.
- Лабораторно-диагностические виды обследования: анализы крови и других биологических сред организма (общеклинические, биохимические, гормональные, бактериологические, иммунологические (включая исследование иммунного статуса), серологические, цитологические, микологические, исследование на дисбактериоз, ПЦР-диагностика, маркеры онкологических заболеваний и др. виды обследований по назначению врача).
- Физиологические исследования: велоэргометрия, электрокардиография, ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД по Холтеру, доплеровское исследование сосудов конечностей и головного мозга, электроэнцефалография, ЭХО-энцефалография, исследование функции внешнего дыхания, ультразвуковая диагностика, рентгенологическое исследование, маммография, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, радионуклидное исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другие необходимые методы исследования — по назначению лечащего врача и / или по записи через диспетчерскую службу Страховщика.
- Физиолечение: все виды электро- и светолечения, включая лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диодинамические токи и пр.), теплолечение, ингаляции и др.
- Классический массаж (включая массаж, проводимый узкими специалистами: офтальмологом, урологом, гинекологом, отоларингологом), корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия, ЛФК.
- Экспертиза временной нетрудоспособности, включая оформление и выдачу листков нетрудоспособности (закрывание листка нетрудоспособности производится в выдавшем его ЛПУ в режиме работы лечебного учреждения).
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения и т.п.
- Выдача рецептов (кроме льготных).
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.6

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНАЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КАТЕГОРИЯ
СТАНДАРТ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой амбулаторно-поликлинической помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляется комплекс услуг, входящих в Программы страхования:

- «Домашний доктор категория Стандарт» (Приложение № 1, раздел 1.1. к настоящим Правилам)
- «Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт» (Приложение № 1, раздел 1.4. к настоящим Правилам)

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.7

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНАЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КАТЕГОРИЯ ЛЮКС»**

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой амбулаторной-поликлинической помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляется комплекс услуг, входящих в Программы страхования:

- «Домашний доктор категория Люкс» (Приложение № 1, раздел 1.2 к настоящим Правилам).
- «Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс» (Приложение № 1, раздел 1.5 к настоящим Правилам).

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.8

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЭКСТРЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Экстренная стоматология» являются обращения Застрахованного в медицинские учреждения, входящие в Программу добровольного медицинского страхования, для оказания ему экстренной стоматологической помощи.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам.
- Консультации врачей-стоматологов-специалистов (терапевт, хирург, пародонтолог) в случае необходимости экстренной стоматологической помощи.
- Оказание первой стоматологической помощи при глубоком кариесе и при осложненных видах кариеса (пульпит, периодонтит) с временным пломбированием зуба.
- Вскрытие абсцессов при периодонтитах и пародонтитах (возможных в амбулаторных условиях).
- Оказание первой помощи при травме зубов (если не повреждены челюсти и мягкие ткани лица).
- Удаление зубов любой сложности в стадии обострения, наложение швов при кровотечениях (при удалении зубов, операциях, травмах мягких тканей) и т.п.
- Местная анестезия.
- Рентгеновское, радиовизиографическое обследование, ортопантограмма (по показаниям).
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Стоматологическая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Амбулаторно-поликлиническая помощь.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.9

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ КАТЕГОРИЯ СТАНДАРТ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Стоматология категория Стандарт» являются обращения Застрахованного в медицинские учреждения, входящие в Программу добровольного медицинского страхования, для оказания ему необходимой стоматологической помощи.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация приобретения лекарственных средств, средств индивидуального ухода и другого расходного медицинского материала.
- Консультации врачей-стоматологов-специалистов (терапевт, хирург, пародонтолог).
- Терапевтическое лечение зубов:
 1. использование свето- и химиоотверждаемых пломбировочных материалов;
 2. механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование корневых каналов зубов любыми материалами, в т.ч. гуттаперчевыми штифтами и термофилами).
- Хирургическое лечение зубов:
 1. удаление зубов (простое, сложное);
 2. резекция верхушки корня зуба, вскрытие абсцессов, наложение швов при кровотечениях (при удалении зубов, операциях, травмах мягких тканей) и т.п.
- Местная анестезия.
- Удаление зубного камня с зубов, подлежащих лечению.
- Рентгеновское, радиовизиографическое обследование, ортопантограмма (по показаниям).
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Стоматологическая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования, а именно услуги по протезированию (в том числе микропротезирование) и подготовке к нему; лечение под общей анестезией; ортодонтическая помощь; пародонтологическое лечение; имплантология; косметическое восстановление зуба, замена старых пломб с косметической целью, отбеливание зубов; реставрация коронки зуба, разрушенной на 50% и более, терапевтическими методами.
- Амбулаторно-поликлиническая помощь.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.10

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ КАТЕГОРИЯ ЛЮКС»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Стоматология категория Люкс» являются обращения Застрахованного в медицинские учреждения (в том числе категории «Люкс»), входящие в Программу добровольного медицинского страхования, для оказания ему необходимой стоматологической помощи.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация приобретения лекарственных средств, средств индивидуального ухода и другого расходного медицинского материала.
- Консультации врачей-стоматологов-специалистов (терапевт, хирург, пародонтолог).
- Терапевтическое лечение зубов на импортном оборудовании:
 1. использование импортных светоотверждаемых пломбировочных материалов;
 2. механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование корневых каналов зубов любыми материалами, в т.ч. гуттаперчевыми штифтами и термофилами);
 3. реставрация коронки части зуба, в том числе с использованием штифтов
- Хирургическое лечение зубов на импортном оборудовании:
 1. удаление зубов (простое, сложное);
 2. резекция верхушки корня зуба, вскрытие абсцессов, наложение швов при кровотечениях (при удалении зубов, операциях, травмах мягких тканей) и т.п.
- Лечение под местной и общей анестезией.
- Удаление зубного камня с зубов, покрытие зубов фторлаком.
- Косметическое восстановление зуба, отбеливание зубов.
- Пародонтологическое лечение.
- Рентгеновское, радиовизиографическое обследование, ортопантограмма (по показаниям).
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Стоматологическая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования, а именно услуги по протезированию (в том числе микропротезирование) и подготовке к нему; ортодонтическая помощь; имплантология.
- Амбулаторно-поликлиническая помощь.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.11

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Скорая и неотложная помощь» являются обращения Застрахованного для оказания ему скорой и неотложной помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация медицинской помощи на дому, вызов коммерческой скорой помощи.
- Круглосуточный вызов коммерческой Скорой помощи и оказание квалифицированной медицинской помощи через медицинскую диспетчерскую службу Страховщика.
- При наличии экстренных медицинских показаний транспортировка в приемный покой стационара; организация обратной транспортировки по месту жительства Застрахованного из приемного покоя или травмпункта, если необходимость в госпитализации по медицинским показаниям после оказания медицинской помощи отсутствует.
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь
- Медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.12

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Экстренная госпитализация» являются обращения Застрахованного для оказания ему скорой и неотложной помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация медицинской помощи на дому, вызов коммерческой скорой помощи.

- Экстренная госпитализация в стационар необходимого профиля с предоставлением двух-четырёхместных палат в профильных отделениях.

При состоянии Застрахованного, угрожающем его жизни, экстренная госпитализация производится в ближайшее дежурное медицинское учреждение. Если в момент экстренной госпитализации в данном ЛПУ нет свободных палат соответствующего уровня, то Страховщик гарантирует предоставление палат в течение 72 часов с момента госпитализации или перевод больного в ЛПУ, имеющее большие возможности предоставления сервисных услуг, если это возможно по состоянию здоровья.

- Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в условиях стационара в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.
- Диагностические, лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния), послужившего причиной госпитализации.
- Консультации и другие профессиональные услуги врачей, проводимые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- Обеспечение лекарственными препаратами и одноразовыми расходными материалами в процессе стационарного лечения, назначенных лечащим врачом, при отсутствии их в ЛПУ.
- Посещение Застрахованного врачом Страховщика в первые дни пребывания в стационаре.
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь.
- Скорая и неотложная медицинская помощь. Медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь при плановой госпитализации.
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.13

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ КАТЕГОРИЯ СТАНДАРТ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Плановая госпитализация категория Стандарт» являются обращения Застрахованного для оказания ему стационарной помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация медицинской помощи на дому, вызов коммерческой скорой помощи.
- Плановая госпитализация в стационар необходимого профиля с предоставлением двух-четырёхместных палат в профильных отделениях ЛПУ.
- Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в условиях стационара в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.
- Диагностические, лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния), послужившего причиной госпитализации.
- Предоставление права выбора врача.
- Консультации и другие профессиональные услуги врачей, проводимые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- Обеспечение лекарственными препаратами и одноразовыми расходными материалами в процессе стационарного лечения, назначенных лечащим врачом, при отсутствии их в ЛПУ.
- Посещение Застрахованного врачом Страховщика в первые дни пребывания в стационаре.
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь.
- Скорая и неотложная медицинская помощь. Медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь при экстренной госпитализации.
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.14

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ КАТЕГОРИЯ ЛЮКС»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Плановая госпитализация категория Люкс» являются обращения Застрахованного для оказания ему стационарной помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация медицинской помощи на дому, вызов коммерческой скорой помощи.
- Плановая госпитализация в стационар необходимого профиля с предоставлением двух-четырёхместных палат в профильных отделениях ЛПУ, в том числе категории «Люкс».
- Транспортировка в приемный покой стационара; организация обратной транспортировки по месту жительства Застрахованного из приемного покоя.
- Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в условиях стационара в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.
- Диагностические, лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния), послужившего причиной госпитализации и сопутствующих заболеваний.
- Предоставление права выбора врача.
- Консультации и другие профессиональные услуги врачей, проводимые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации и сопутствующих заболеваний.
- Обеспечение лекарственными препаратами и одноразовыми расходными материалами в процессе стационарного лечения, назначенных лечащим врачом, при отсутствии их в ЛПУ.
- Посещение Застрахованного врачом Страховщика в первые дни пребывания в стационаре.
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь.
- Скорая и неотложная медицинская помощь. Медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь при экстренной госпитализации.
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.15

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ КАТЕГОРИЯ СТАНДАРТ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Стационарная помощь категория Стандарт» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой стационарной помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляется комплекс услуг, входящих в Программы страхования:

- «Экстренная госпитализация» (Приложение № 1, раздел 1.12 к настоящим Правилам)
- «Плановая госпитализация категория Стандарт» (Приложение № 1, раздел 1.13 к настоящим Правилам)

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.16

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ КАТЕГОРИЯ ЛЮКС»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Стационарная помощь категория Люкс» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой стационарной помощи при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляется комплекс услуг, входящих в Программы страхования:

- «Экстренная госпитализация» (Приложение № 1, раздел 1.12 к настоящим Правилам)
- «Плановая госпитализация категория Люкс» (Приложение № 1, раздел 1.14 к настоящим Правилам)

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.17

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Реабилитационно-восстановительное лечение» являются обращения Застрахованного для оказания ему реабилитационно-восстановительного, в том числе санаторно-курортного лечения при следующих патологических состояниях:

- травмы и отравления;
- болезни органов дыхания;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни эндокринной системы, аллергические состояния;
- болезни нервной системы и органов чувств;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- инфекционные заболевания;
- гинекологические заболевания;
- болезни органов пищеварения;
- острые неточно обозначенные состояния.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям, организация и приобретение технических средств реабилитации.
- Стационарные и амбулаторные восстановительно-реабилитационные мероприятия для заболеваний всех профилей, услуги центров реабилитации и здоровья.
- Обеспечение Застрахованного изделиями медицинской реабилитации, в том числе протезами, очками, контактными линзами, слуховыми аппаратами и т.п.
- Услуги по зубопротезированию (в том числе микропротезирование) и подготовка к нему, ортодонтическая помощь, имплантология.
- Санаторно-курортное лечение.
- Дополнительные диагностические, лабораторные и инструментальные исследования, оказываемые в медицинских учреждениях по поводу состояния, послужившего причиной направления на реабилитационно-восстановительное и санаторно-курортное лечение.
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь.
- Скорая и неотложная медицинская помощь. Медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Стоматологическое лечение, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.18

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Лекарственное обеспечение» являются обращения Застрахованного для оказания ему медицинской помощи в виде лекарственного обеспечения с целью профилактики и лечения заболеваний и патологических состояний.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям.
- Обеспечение лекарственными препаратами и одноразовыми расходными материалами в процессе стационарного лечения, назначенных лечащим врачом, при отсутствии их в ЛПУ.
- Обеспечение лекарственными препаратами и одноразовыми расходными материалами в процессе амбулаторного лечения по письменной заявке или рецепту лечащего врача.
- Обеспечение Застрахованных лекарственными препаратами, в том числе средствами иммуно- и фармакопрофилактики, и одноразовыми расходными материалами с целью предотвращения возникновения заболеваний или снижения уровня заболеваемости.
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Скорая и неотложная медицинская помощь. Медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации) кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования..
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.19

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Ведение беременности и родов» являются обращения Застрахованной для оказания ей медицинской помощи, связанной с беременностью и родами.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация приобретения лекарственных средств, средств индивидуального ухода и другого расходного медицинского материала..
- Амбулаторно-поликлиническая помощь и диспансерное наблюдение Застрахованной по поводу беременности с 8-ми недель с оказанием необходимых лабораторно-диагностических исследований и лечебных процедур.
- Плановая и экстренная стационарная медицинская помощь по поводу патологии беременности.
- Проведение физиологических родов или родовспоможения путем кесарево сечения в соответствии с принятыми медицинскими стандартами с последующим размещением в палате повышенной комфортности.
- Лечение послеродовых осложнений в течении 30 дней после родов.
- Предоставление права выбора врача.
- Обеспечение лекарственными препаратами и одноразовыми расходными материалами в процессе стационарного лечения, назначенных лечащим врачом, при отсутствии их в ЛПУ.
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованной не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Скорая и неотложная медицинская помощь. Медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.20

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «КРИТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Критические заболевания» являются обращения Застрахованного для оказания ему медицинской и иной помощи при следующих заболеваниях или патологических состояниях:

- онкологические заболевания, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, в том числе болезнь Ходжкина;
- новообразования центральной нервной системы, в том числе доброкачественные;
- системные заболевания соединительной ткани;
- демиелинизирующие заболевания нервной системы;
- коматозные состояния;
- инфаркт миокарда при любом предшествующем анамнезе;
- инсульт при любом предшествующем анамнезе;
- острая и хроническая почечная недостаточность;
- операции на сердце и перикарде;
- трансплантация органов и тканей по жизненным показаниям;
- печеночная недостаточность II стадии и выше;
- ожоговая болезнь II степени и выше;
- сахарный диабет I и II типа.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляется комплекс услуг, входящих в Программы страхования:

- «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт» (Приложение № 1, раздел 1.6 к настоящим Правилам)
- «Стационарная помощь категория Стандарт» (Приложение № 1, раздел 1.15 к настоящим Правилам)
- «Лекарственное обеспечение» (Приложение № 1, раздел 1.18 к настоящим Правилам).

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.21

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КАТЕГОРИЯ СТАНДАРТ»**

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Комплексная медицинская помощь категория Стандарт» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой комплексной медицинской помощи.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляется комплекс услуг, входящих в Программы страхования:

- «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт» (Приложение № 1.6 к настоящим Правилам)
- «Стоматология категория Стандарт» (Приложение № 1, раздел 1.9 к настоящим Правилам)
- «Скорая и неотложная помощь» (Приложение № 1, раздел 1.11 к настоящим Правилам)
- «Стационарная помощь категория Стандарт» (Приложение № 1, раздел 1.15 к настоящим Правилам)
- «Реабилитационно-восстановительное лечение» (Приложение № 1, раздел 1.17 к настоящим Правилам)
- «Лекарственное обеспечение» (Приложение № 1, раздел 1.18 к настоящим Правилам).

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются услуги по лечению заболеваний, оказанию медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.22

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
«КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КАТЕГОРИЯ ЛЮКС»**

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Комплексная медицинская помощь категория Люкс» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой комплексной медицинской помощи.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляется комплекс услуг, входящих в Программы страхования:

- «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс» (Приложение № 1, раздел 1.7 к настоящим Правилам)
- «Стоматология категория Люкс» (Приложение № 1, раздел 1.10 к настоящим Правилам)
- «Скорая и неотложная помощь» (Приложение № 1, раздел 1.11 к настоящим Правилам)
- «Стационарная помощь категория Люкс» (Приложение № 1, раздел 1.16 к настоящим Правилам)
- «Реабилитационно-восстановительное лечение» (Приложение № 1, раздел 1.17 к настоящим Правилам)
- «Лекарственное обеспечение» (Приложение № 1, раздел 1.18 к настоящим Правилам).

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются услуги по лечению заболеваний, оказанию медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.23**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПОЛНОЕ ПОКРЫТИЕ»**

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Полное покрытие» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой комплексной медицинской помощи.

II. По данной Программе Застрахованному предоставляется комплекс услуг, входящих в Программы страхования:

- «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс» (Приложение № 1, раздел 1.7 к настоящим Правилам)
- «Стоматология категория Люкс» (Приложение № 1, раздел 1.10 к настоящим Правилам)
- «Скорая и неотложная помощь» (Приложение № 1, раздел 1.11 к настоящим Правилам)
- «Стационарная помощь категория Люкс» (Приложение № 1, раздел 1.16 к настоящим Правилам)
- «Реабилитационно-восстановительное лечение» (Приложение № 1, раздел 1.17 к настоящим Правилам)
- «Лекарственное обеспечение» (Приложение № 1, раздел 1.18 к настоящим Правилам)

В том числе предоставляются и оплачиваются услуги по лечению заболеваний, оказанию медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.24

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ОРФАННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Настоящая Программа страхования (далее «Программа») наряду с перечнем медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по данной Программе страхования, является составляющей частью Программы добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и страховому медицинскому Полису (далее Полис) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (далее Страховщик).

I. Страховыми случаями по Программе «Орфанные болезни» являются обращения Застрахованного для оказания ему необходимой медицинской и иной помощи при следующих заболеваниях:

- болезнь Крона
- болезнь Бадда-Киари
- болезнь Гиппеля-Линдау
- оптиконевромиелит (болезнь Девика)
- миастения (приобретенная)
- гистиоцитоз X
- рабдомиома сердца
- первичный амилоидоз почек
- первичный миеозифиброз
- обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия

II. По данной Программе Застрахованному предоставляются и оплачиваются следующие услуги:

- Помощь медицинской диспетчерской службы Страховщика: консультации по программам страхования, медицинским учреждениям; запись на прием к специалистам; организация приобретения лекарственных средств, средств индивидуального ухода и другого расходного медицинского материала.
- Свободный выбор каждым Застрахованным амбулаторных баз из списка базовых медицинских учреждений категории «Стандарт», перечисленных в Приложении к Договору (Полису).
- Консультации врачей-специалистов, диагностика и лечение заболеваний по направлению врача по записи через медицинскую диспетчерскую службу Страховщика в базовых медицинских учреждениях, перечисленных в Приложении к Договору (Полису).
- Амбулаторное лечение травм. Гипсовая иммобилизация.
- Услуги медицинской сестры для постановки капельниц, инъекций и обеспечения прочих медицинских манипуляций по назначению врача.
- Лабораторно-диагностические виды обследования: анализы крови и других биологических сред организма (общеклинические, биохимические, гормональные, бактериологические, иммунологические (включая исследование иммунного статуса), серологические, цитологические, микологические, исследование на дисбактериоз, ПЦР-диагностика, маркеры онкологических заболеваний и др. виды обследований по назначению врача).
- Физиологические исследования: велоэргометрия, электрокардиография, ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД по Холтеру, доплеровское исследование сосудов конечностей и головного мозга, электроэнцефалография, ЭХО-энцефалография, исследование функции внешнего дыхания, ультразвуковая диагностика, рентгенологическое исследование, маммография, эзофагогастроуденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, радиоизотопное исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другие необходимые методы исследования — по назначению лечащего врача и / или по записи через диспетчерскую службу Страховщика.
- Физиолечение: все виды электро- и светолечения, включая лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диодинамические токи и пр.), теплотечение, ингаляции и др.
- Классический массаж (включая массаж, проводимый узкими специалистами: офтальмологом, урологом, гинекологом, отоларингологом), ЛФК (не более одного курса³ по каждому виду лечебного воздействия и по каждому случаю).
- Экспертиза временной нетрудоспособности, включая оформление и выдачу листков нетрудоспособности (закрытие листка нетрудоспособности производится в выдавшем его ЛПУ в режиме работы лечебного учреждения).
- Выдача рецептов (кроме льготных).
- Организация стационарного лечения (без оплаты стоимости лечения).
- Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы Страховщика.

III. По данной Программе Застрахованному не предоставляются и не оплачиваются следующие услуги:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь, кроме медицинских и иных сопутствующих услуг, включенных в раздел II настоящей Программы страхования.
- Экстренная и скорая медицинская помощь, медицинская транспортировка.
- Стационарная помощь (экстренная и плановая госпитализации).
- Стоматологическое лечение.
- Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.
- Лекарственное обеспечение.
- Ведение беременности и родов.
- Лечение заболеваний, оказание медицинских услуг согласно Общим Исключениям к программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 1, раздел 1.25 к настоящим Правилам).

Раздел № 1.25

ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ**к Программам страхования Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга»**

В Программы страхования не входит лечение следующих заболеваний (с момента постановки диагноза), если иное не оговорено в Программе добровольного медицинского страхования:

- Злокачественных онкологических заболеваний; заболеваний крови опухолевой природы, новообразованиях центральной нервной системы.
- Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, высококонтагиозные геморрагические лихорадки, тропические заболевания и другие.
- Туберкулеза, лепры; ВИЧ-инфекция/СПИД.
- Острой и хронической лучевой болезни.
- Сахарного диабета I и II типа (стационарное лечение).
- Хронического гепатита (стационарное лечение), хронической почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа.
- Психических расстройств, расстройств поведения, а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы (помощь ограничивается первичной консультацией).
- Системных заболеваний соединительной ткани (включая ревматоидный артрит, Болезнь Бехтерева, васкулиты, системная красная волчанка и др.), всех недифференцированных коллагенозов, нейродегенеративных демиелинизирующих заболеваний головного и спинного мозга; саркоидоза, муковисцидоза, амилоидоза, целиакии независимо от клинической формы и стадии процесса.
- Наследственных заболеваний: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена, аномалий и пороков развития.
- Профессиональных заболеваний (в т.ч. спортивных травм, наступивших в результате профессиональным занятием спортом).
- Венерических заболеваний; заболеваний, передаваемых половым путем: хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, герпес половых органов, цитомегаловирус, гарднереллез, вирус папилломы человека и др.
- Микозов, псориаза (если заболевания требуют стационарного лечения).
- Трансплантации органов и тканей.
- Алкоголизма, токсикомании и наркомании.

В программы страхования не входит оказание следующих медицинских услуг, если иное не оговорено в Программе добровольного медицинского страхования:

- Любых медицинских услуг, диагностических и лабораторных исследований, оздоровительных мероприятий, проводимых по желанию Застрахованного лица без медицинских показаний; исследования, не относящиеся к категории «обязательных» для верификации диагноза.
- Исследований, необходимых для плановой госпитализации Застрахованного лица по нестраховым заболеваниям.
- Лечение и и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: обследования и лечения мужского и женского бесплодия, операции оплодотворения; инъекции и имплантация гормональных препаратов с контрацептивной целью, введение внутриматочных контрацептивов, операции мужской и женской стерилизации.
- Логопедической помощи (в амбулаторных условиях) взрослым и детям.
- Лабораторных генетических исследований (в т.ч. ДНК-диагностики).
- Компьютерной психодиагностики; консультации и лечение у психотерапевта, психиатра (за исключением первичной консультации у этих специалистов).
- Операции аортокоронарного шунтирования, коррекции пороков сердца и другой сосудистой пластики; коронароангиография, внутрисосудистые операции.
- Плановые реконструктивные оперативные вмешательства при любых заболеваниях, последствиях ожогов и травм, аномалиях развития.
- Диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, в том числе по поводу заболеваний кожи и волос (мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы, аллопеция и т.п.); аппаратное лечение микозов; лазерная коррекция зрения, хирургическое изменение пола.
- Диагностики нетрадиционными («народными») методами (в т.ч. знахарство, экстрасенсорные методы и др.), диагностика (акупунктурная, аурикулодиагностика, термопунктурная, ириодиагностика, энергоинформационная), исследование молекулярного и генетического гемостаза, метод БОС, Фолля, Накатани и лечение, являющееся по своему характеру экспериментальным.

- Нетрадиционная терапия («народная»): фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия и лечение другими средствами природного происхождения, гомеопатия и др. (за исключением случаев, если проведение данных манипуляций предусмотрено программой ДМС).
- Стационарное пребывание более 60 дней.
- Медицинского обследования, оформления и переоформления направления на медико-социальную экспертизу (ВТЭК).
- Не оплачиваются кардиостимуляторы, стенты, а также импортные расходные материалы для проведения операций (в т.ч. расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования), искусственные хрусталики, имплантаты, трансплантаты, протезы, эндопротезы и ортезы, а также другие корректирующие медицинские устройства и приспособления.

Таблица 1.

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ (в % от страховой суммы, срок страхования – 1 год):

№ пп	Программы добровольного медицинского страхования	Страховая сумма, руб.	Базовый тариф, (в % от страховой суммы)
1	«Домашний доктор категория Стандарт»	до 15 000	17,82
2	«Домашний доктор категория Люкс»	до 15 000	29,45
3	«Врач в офис»	до 15 000	26,50
4	«Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт»	до 15 000	33,25
5	«Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс»	до 15 000	49,43
6	«Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт»	до 15 000	55,33
7	«Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс»	до 15 000	72,54
8	«Экстренная стоматология»	до 15 000	2,85
9	«Стоматология категория Стандарт»	до 15 000	30,16
10	«Стоматология категория Люкс»	до 15 000	56,65
11	«Скорая и неотложная помощь»	до 15 000	3,67
12	«Экстренная госпитализация»	до 15 000	3,72
13	«Плановая госпитализация категория Стандарт»	до 15 000	8,90
14	«Плановая госпитализация категория Люкс»	до 15 000	21,94
15	«Плановая госпитализация категория Люкс»	15 001 — 50 000	9,72
16	«Плановая госпитализация категория Люкс»	50 001 — 200 000	3,12
17	«Плановая госпитализация категория Люкс»	200 001 — 500 000	2,41
18	«Стационарная помощь категория Стандарт»	до 15 000	10,33
19	«Стационарная помощь категория Люкс»	до 15 000	25,31
20	«Стационарная помощь категория Люкс»	15 001 — 50 000	10,30
21	«Стационарная помощь категория Люкс»	50 001 — 200 000	3,30
22	«Стационарная помощь категория Люкс»	200 001 — 500 000	2,96
23	«Реабилитационно-восстановительное лечение»	до 15 000	33,18
24	«Реабилитационно-восстановительное лечение»	15 001 — 50 000	23,73
25	«Реабилитационно-восстановительное лечение»	50 001 — 200 000	9,64
26	«Реабилитационно-восстановительное лечение»	200 001 — 500 000	8,97
27	«Лекарственное обеспечение»	до 15 000	19,83
28	«Лекарственное обеспечение»	15 001 — 50 000	6,00
29	«Лекарственное обеспечение»	50 001 — 200 000	4,73
30	«Ведение беременности и родов»	до 50 000	60,30
31	«Ведение беременности и родов»	50 001 — 200 000	35,99
32	«Критические заболевания»	до 15 000	8,49
33	«Критические заболевания»	15 001 — 50 000	6,00
34	«Критические заболевания»	50 001 — 200 000	3,05
35	«Комплексная медицинская помощь категория Стандарт»	до 15 000	68,50
36	«Комплексная медицинская помощь категория Стандарт»	15 001 — 50 000	46,99
37	«Комплексная медицинская помощь категория Стандарт»	50 001 — 200 000	16,04
38	«Комплексная медицинская помощь категория Стандарт»	200 001 — 500 000	14,54
39	«Комплексная медицинская помощь категория Люкс»	до 15 000	77,69
40	«Комплексная медицинская помощь категория Люкс»	15 001 — 50 000	53,63
41	«Комплексная медицинская помощь категория Люкс»	50 001 — 200 000	20,46
42	«Комплексная медицинская помощь категория Люкс»	200 001 — 500 000	16,87
43	«Полное покрытие»	до 200 000	67,49
44	«Полное покрытие»	200 001 — 500 000	49,41

№ пп	Программы добровольного медицинского страхования	Страховая сумма, руб.	Базовый тариф, (в % от страховой суммы)
45	«Орфанные болезни»	до 15 000	31,5
46	«Орфанные болезни»	15 001 — 50 000	27,44
47	«Орфанные болезни»	50 001 — 200 000	23,01
48	«Орфанные болезни»	200 001 — 500 000	13,96

Таблица 2.

КОЭФФИЦИЕНТЫ РИСКА И ПОПРАВОЧНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ

№ пп.	Наименование коэффициента	Градации	
1	Коэффициент риска, определяемый по характеру деятельности Застрахованного лица (род, вид занятий, профессию, в том числе наличие занятия спортом Застрахованного лица и т.п.)	0,50-2,50	
2	Коэффициент риска, определяемый по возрастному признаку Застрахованного лица	2-5 лет	1,80
		5-14 лет	1,30
		15-17 лет	1,00
		18-30 лет	0,70
		31-39 лет	0,95
		40-49 лет	1,20
		50-59 лет	1,65
		60-65 лет	2,00
3	Коэффициент риска, определяемый по группе здоровья Застрахованного лица	I группа здоровья	0,50-0,75
		II группа здоровья	0,75-1,00
		III группа здоровья	1,00-1,50
		IV группа здоровья	1,50-2,00
		V группа здоровья	2,00-4,00
4	Коэффициент риска, определяемый в зависимости от размера страховой суммы*	от 15 000 до 50 000 руб.	0,25 - 0,45
		от 50 000 до 200 000 руб.	0,07 - 0,09
		от 200 000 до 500 000 руб.	0,04 - 0,06
5	Поправочный коэффициент, зависящий от срока страхования (заключение краткосрочных договоров страхования - менее одного года)	0,20-0,95	
6	Поправочный коэффициент, учитывающий наличие франшизы (условная, безусловная, временная)	0,50-0,99	
7	Поправочный коэффициент, учитывающий наличие и порядок оплаты страховой премии в рассрочку	1,00-1,20	
8	Коэффициент риска, учитывающий сужение или расширение перечня услуг, оговоренных в Программе страхования (продукта), факторы новизны и условия запуска продукта, долю продукта в объеме страхового портфеля и т.п.	0,30-3,00	
9	Поправочный коэффициент, учитывающий индивидуальные условия договора страхования (андеррайтерский)	0,30-3,00	
10	Коэффициент риска, учитывающий установление рискованной надбавки	1,00-9,00	

* Данный коэффициент применяется при страховании по следующим программам добровольного медицинского страхования: «Домашний доктор категория Стандарт», «Домашний доктор категория Люкс», «Врач в офис», «Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт», «Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс», «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт», «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс», «Экстренная стоматология», «Стоматология категория Стандарт», «Стоматология категория Люкс», «Скорая и неотложная помощь», «Экстренная госпитализация», «Плановая госпитализация категория Стандарт», «Стационарная помощь категория Стандарт».

Страховщик имеет право не применять отдельные коэффициенты риска и поправочные коэффициенты, если, по его мнению, недостаточно данных для оценки степени влияния рискованных и не рискованных обстоятельств на результат страхования, или их влияние незначительно.

ЗАЯВЛЕНИЕ — АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО по добровольному медицинскому страхованию

Просим Вас отнестись к заполнению настоящего Заявления - анкеты со всем вниманием. Правильное и полное заполнение позволит Вам сэкономить время при заключении Договора страхования и даст возможность специалистам страховой компании более тщательно изучить степень риска.

Данное Заявление - анкета носит предварительный характер. На основании сведений, полученных из него, специалистами страховой компании могут быть поставлены дополнительные вопросы, ответы на которые необходимы для определения степени риска и заключения Договора страхования. Пожалуйста, убедитесь, что все необходимые сведения указаны максимально подробно и точно. Ошибки в данной информации могут сделать Договор страхования и страховой полис недействительными.

1. СТРАХОВАТЕЛЬ		
1.1. Фамилия, Имя, Отчество:		
1.2. Адрес регистрации:		
1.3. Дата и место рождения:		
1.4. Документ, удостоверяющий личность:		
1.5. Место работы:		
2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО		
2.1. Фамилия, Имя, Отчество		
2.2. Пол		
2.3. Возраст (количество полных лет)		
2.4. Паспортные данные		
2.5. Адрес, телефон		
2.6. Место работы		
2.7. Должность (профессия, род занятий)		
3. СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ		
3.1. Имели ли Вы полисы страхования жизни или добровольного медицинского страхования в других страховых компаниях?	Да Нет	Если «Да», то укажите в каких страховых компаниях
3.2. Имеете ли Вы в настоящее время полисы страхования жизни, от несчастных случаев и болезней или добровольного медицинского страхования в данной или в других страховых компаниях?	Да Нет	Если «Да», то укажите в каких страховых компаниях
3.3. Связана ли Ваша работа с повышенным риском для жизни и здоровья?	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.4. Занимаетесь ли Вы регулярно спортом?	Да Нет	Если «Да», то укажите виды спорта
3.5. Связана ли Ваша жизнь с опасными для жизни путешествиями, поездками, экспедициями?	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.6. Укажите Ваш		Рост: _____ см; Вес: _____ кг
3.7. Курите ли Вы?	Да Нет	Если «Да», то укажите количество сигарет, которое Вы выкуриваете в день?
3.8. Количество алкоголя, которое Вы употребляете в неделю?		
3.9. Состоите ли Вы на учете в психо-неврологическом диспансере?	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.10. Были ли Вы оперированы?	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.11. Представляли ли Вас на врачебно-трудовую комиссию?	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
ИМЕЕТ ЛИ ИМЕЛО ЛИ ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО НИЖЕПРИВЕДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?		
3.12. Заболевания органов дыхания? (хронический бронхит, пневмонии, бронхиальная астма)	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.13. Заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы?	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.14. Заболевания головного мозга или периферической нервной системы, психические расстройства? (инсульты, сотрясения или ушибы головного мозга, энцефалопатия, эпилепсия, потери сознания)	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.15. Заболевания желудочно-кишечного тракта? (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, цирроз печени, вирусный гепатит В, С, Д)	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности

3.16. Заболевания мочеполовой системы? (мочекаменная болезнь, поликистоз почек, хронический пиелонефрит, почечная недостаточность)	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.17. Заболевания опорно-двигательного аппарата? (ограничивающие движения)	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.18. Заболевания органов зрения и слуха? (тугоухость, выраженная близорукость или дальнозоркость, глаукома, катаракта)	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.19. Заболевания крови? (анемия, лейкопения, лимфоцитоз, гемофилия)	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.20. Болели или болели сифилисом, СПИД, инфицированы ВИЧ?	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.21. Заболевания эндокринной системы? (тиреотоксикоз, гипотериоз, заболевания гипофиза и надпочечников, сахарный диабет)	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.22. Злокачественные или доброкачественные опухоли различных органов?	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.23. Специальный вопрос для беременных женщин: нормально ли протекает беременность?	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.24. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца, повышенного давления, заболеваний почек, психических, наследственных заболеваний Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет?	Да Нет	Если «Да», то укажите подробности
3.25. Сообщите название и адрес поликлиники, которой Вы обычно пользуетесь:		
4. СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ		
4.1. Программы страхования		
4.2. Страховая сумма по программам страхования	_____ (_____) руб.	
4.5. Порядок уплаты страховой премии	<input type="checkbox"/> безналичным платежом <input type="checkbox"/> наличными деньгами	<input type="checkbox"/> единовременно <input type="checkbox"/> ежеквартально <input type="checkbox"/> иное _____
4.6. Срок действия договора страхования	с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.	

Страхователь несет ответственность за подлинность предоставленных документов и за достоверность предоставленной информации. Если в течение действия договора страхования выяснится, что предоставленные ранее документы ложные и полученная от Страхователя информация недостоверна, то Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» оставляет за собой право признать договор страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации.

ВНИМАНИЕ

Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» может запрашивать дополнительную информацию в период действия Договора страхования. Страхователь обязуется представлять такую информацию.

Вышеуказанные сведения, внесенные мной/нами или от моего/нашего имени в настоящее Заявление - анкету соответствуют действительности и будут являться частью Договора страхования.

Дата:

В Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга»

З А Я В Л Е Н И Е
о добровольном медицинском страховании

Страхователь _____
(полное наименование юридического лица)

_____ (сокращенное наименование юридического лица)

в лице _____
(должность, фамилия, имя, отчество)

Адрес местонахождения _____

Почтовый адрес _____

Контактные телефоны _____

Адрес электронной почты _____

Реквизиты предприятия:

Государственный регистрационный номер (ОГРН) _____

Дата, место государственной регистрации _____

Наименование регистрирующего органа _____

ИНН/КПП _____

Коды форм федерального государственного статистического наблюдения:

ОКПО, ОКВЭД _____

Расчетный счет _____

просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами медицинского добровольного страхования (№ 61830/001) Акционерного общества «Страховая компания «Астро-Волга», договор добровольного медицинского страхования своих работников согласно прилагаемому списку.

Количество работников, в пользу которых заключается договор страхования: _____ чел.

Срок страхования _____ месяцев.

Перечень Программ страхования, размеров страховой суммы на каждого Застрахованного и данные о Застрахованных указаны в приложенных списках.

Особые условия заключения договора: _____

С Правилами медицинского добровольного страхования (№ 61830/001) ознакомлены и согласны.

Приложение. Список Застрахованных на _____ листах.

Заявление составил (ФИО, должность, контактный телефон): _____

Руководитель организации _____

_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка)

« _____ » _____ 20__ г.



Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (АО «СК «Астро-Волга»)
Адрес: 443001, г.Самара, ул. Арцыбушевская, 167. Тел: (846) 200-77-60
E-mail: sk@astrovolga.ru www.astrovolga.ru
ИНН 6315232133 КПП 631501001 ОГРН 1036300442045 ОКПО 36877760 ОКВЭД 65.12

Договор № _____
добровольного медицинского страхования

г. _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (АО «СК «Астро-Волга»), именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, далее совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее — Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Предметом настоящего Договора является соглашение между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется организовать оказание медицинских и иных сопутствующих им услуг и оплатить медицинские расходы Застрахованных, предоставляемых в объеме выбранных Страхователем разделов «Программы добровольного медицинского страхования» (далее — Программа страхования или Программа, Приложение № 1 к настоящему Договору), а Страхователь обязуется своевременно уплачивать страховую премию, указанную в Договоре.

1.2. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

1.3. Страховым случаем по Договору является:

1.3.1 обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинские и иные учреждения, предусмотренные Программой, за получением консультативных, лечебных, диагностических, реабилитационно-восстановительных, физиотерапевтических, бальнеологических, лекарственных, профилактических (в том числе иммуно- и фармакопрофилактики) и других медицинских и иных услуг по видам медицинской помощи, предусмотренным Программой;

1.3.2 обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования за получением предусмотренных Программой медицинских и иных услуг в другие медицинские учреждения, не предусмотренные Программой, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком.

1.4. Застрахованным признается любой гражданин, в пользу которого заключен Договор и который включен Страхователем в список Застрахованных (далее – Список), принятый Сторонами в качестве Приложения № 2 к Договору.

1.5. Настоящий Договор составлен в соответствии с «Правилами медицинского добровольного страхования» (№ 61830/001) (далее — Правила страхования или Правила, Приложение № 2 к настоящему Договору) и включает в себя кроме условий, входящих в настоящий Договор, положения, содержащиеся в Правилах № 61830/001, в той части, в которой положения, содержащиеся в Правилах № 61830/001, дополняют настоящий Договор.

2. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ

2.1. Численность Застрахованных определяется согласно Списку.

2.2. Общая численность Застрахованных на момент вступления Договора в силу составляет ____ человек и указывается в Приложении № 2 к Договору.

2.3. Любые изменения численности Застрахованных оформляются дополнительным соглашением к Договору страхования. Внесение изменений в списки Застрахованных прекращается за 1 (один) месяц до окончания действия Договора страхования.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА.

3.1. Медицинские услуги Застрахованному лицу оказываются в лечебно-профилактических и иных учреждениях, перечень которых приведен в Программе страхования (Приложение № 1) по предъявлении страхового медицинского полиса (страховой медицинской карточки или направления заверенных печатью Страховщика), и документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, РАСЧЕТЫ СТОРОН

4.1. Страховщик производит оплату медицинских расходов Застрахованных (осуществляет страховую выплату) в пределах страховой суммы по выбранным Программам страхования, включенным в Программу добровольного медицинского страхования.

Размер страховой суммы по Программе добровольного медицинского страхования определяется в целом для всех Застрахованных и на момент вступления настоящего Договора в силу составляет ____ рублей, в том числе:

4.1.1 страховая сумма по Разделу 1 Программы – ____ рублей;

4.1.2 страховая сумма по Разделу 2 Программы – ____ рублей.

4.2. Страховая сумма в отношении всех Застрахованных лиц по Договору по оплате медицинских услуг, включенных в Раздел 1 программы добровольного медицинского страхования, при обращении Застрахованного лица в течение срока действия настоящего договора страхования в медицинское учреждение (из числа предусмотренных Договором страхования) в связи с наступлением страхового случая указана в пункте 4.1.1 Договора. По Разделу 1 Программы Страховщик несет обязанность по страховой выплате в пределах страховой суммы, указанной в п. 4.1.1. Договора.

Страховая сумма в отношении всех Застрахованных лиц по Договору по оплате медицинских услуг, включенных в Раздел 2 программы добровольного медицинского страхования, при обращении Застрахованного лица в течение срока действия настоящего договора страхования в медицинское учреждение (из числа предусмотренных Договором страхования) в связи с наступлением страхового случая указана в пункте 4.1.2 Договора. По Разделу 2 Программы Страховщик несет обязанность по страховой выплате в пределах страховой суммы, указанной в п. 4.1.2. Договора.

В случае если Страховщик произвел выплату страхового обеспечения в размере страховых сумм, предусмотренных пунктами 4.1.1 и 4.1.2, обязанности Страховщика по соответствующему Разделу программы добровольного медицинского страхования или Договору в целом считаются выполненными в полном объеме.

4.3. Размер общей страховой премии за всех Застрахованных на момент вступления Договора в силу составляет ____ рублей.

4.4. Порядок оплаты страховой премии: _____

4.5. Страховой взнос считается уплаченным в день зачисления его на расчетный счет Страховщика или в день внесения его в кассу Страховщика.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

5.1. Страхователь или Застрахованный имеет право:

5.1.1 на получение медицинских и иных сопутствующих им услуг и оплату медицинских расходов (страховую выплату) в соответствии с выбранными разделами Программы страхования в медицинских учреждениях, перечень которых приведен в Программе страхования. Получение медицинских услуг в других медицинских учреждениях возможно только после предварительного письменного согласования со Страховщиком. В случае не предоставления медицинских услуг (или некачественного, неполного их предоставления) Страхователь (Застрахованный) должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем (Застрахованным) лицо;

5.1.2 застрахованный имеет право на обращение за получением медицинской помощи в течение срока действия Договора страхования в соответствии с программой страхования в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных Договором страхования (в том числе расположенных в других регионах РФ при необходимости организации неотложной медицинской помощи, если она не может быть организована филиалом Страховщика);

5.1.3 расширить перечень медицинских услуг (разделов Программы страхования), гарантируемых по настоящему Договору, или увеличить страховую сумму, заключив дополнительное соглашение к данному Договору и уплатив при этом дополнительную страховую премию;

5.1.4 застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему Договору страхования, при этом условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельно условиями Договора страхования по соглашению Сторон;

5.1.5 прекратить в отношении одного или нескольких Застрахованных действие Договора страхования;

5.1.6 с согласия Страховщика произвести замену Застрахованных по договору, замена Застрахованных по Договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.

5.2. Страхователь (Застрахованный) обязан:

5.2.1 своевременно и в полном размере уплачивать страховую премию;

5.2.2 заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг. Во всех случаях досрочного прекращения Договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы (страховые медицинские карточки и т.п.), действие которых прекращается с момента прекращения Договора страхования.

5.3. Страховщик обязан:

5.3.1 организовать Застрахованному оказание и оплату гарантированного объема медицинской помощи, в соответствии с выбранными разделами Программы страхования;

5.3.2 контролировать качество медицинской помощи, оказываемой лечебно- профилактическими учреждениями;

5.3.3 производить оплату счетов медицинских учреждений, с которыми у Страховщика заключены Договоры на предоставление медицинских услуг, за оказание врачебной помощи Застрахованному, либо компенсировать Застрахованному произведенные им расходы.

5.4. Страховщик имеет право:

5.4.1 проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора;

5.4.2 по согласованию со Страхователем вносить изменения в перечень медицинских учреждений, участвующих в реализации Договора добровольного медицинского страхования;

5.4.3 по согласованию со Страхователем вносить изменения в разделы Программы страхования;

5.4.4 отказать в оплате медицинских услуг, если:

- Застрахованным получены медицинские услуги, которые не предусмотрены Программой страхования;

- Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, если данные обращения Застрахованного не были предварительно согласованы со Страховщиком;

- имеются другие основания, оговоренные Правилами № 61830/001 или действующем законодательстве РФ.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

6.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

6.1.1 о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

6.1.2 о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения);

6.1.3 о персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью.

6.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

6.3. Страховщик обязуется соблюдать принципы и правила обработки персональных данных, а также обеспечивать безопасность персональных данных Застрахованных в соответствии с требованиями ст. 18.1 и ст. 19 Федерального закона № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

6.4. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п. 6.1.2 Договора персональные данные своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по настоящему Договору. При этом Страховщик подтверждает, что с его партнерами заключены договоры, в которых в обязательства партнеров вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

6.5. Посредством направления соответствующих запросов своим партнерам, Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 6.1.3 Договора. При этом партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

6.6. Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия Сторон, а при осуществлении этих действий в отношении информации, указанной в п.п. 6.1.2 и 6.1.3 Договора, и с письменного согласия Застрахованного.

6.7. При извещении Страхователя о прекращении действия Договора в отношении конкретного Застрахованного по основаниям, предусмотренным Договором, Страховщик не указывает заболевания (состояния) Застрахованного.

6.8. Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) для осуществления добровольного медицинского страхования Застрахованных, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинской помощи и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, выявления фальсификации счетов или счетов ненадлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений, а также в целях информирования Застрахованных о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

6.9. Страховщик имеет право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу своим партнерам, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.

6.10. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных,

запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 6.8 Договора.

6.11. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного.

6.12. Страховщик несет ответственность перед Страхователем за обработку персональных данных Застрахованных в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Срок действия Договора: _____.

7.2. Страхование, обусловленное настоящим Договором страхования, т.е. обязанность Страховщика организовывать и оплачивать медицинские услуги, начинается с даты, указанной в п. 7.1. настоящего Договора, как дата начала действия настоящего Договора страхования.

7.3. Дата вступления Договора в силу в отношении лиц, принимаемых на страхование в течение срока действия Договора, определяется соглашением о дополнительном страховании этих лиц.

7.4. Договор страхования прекращает действие, и Застрахованные теряют право на получение медицинских услуг по Договору в случае:

7.4.1 истечения срока действия Договора страхования, в том числе в случае досрочного прекращения Договора страхования;

7.4.2 исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме в размере общей страховой суммы, указанной в п. 4.1. настоящего Договора;

7.4.3 ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев перехода прав по Договору страхования к правопреемнику Страхователя или к Застрахованному лицу;

7.4.4 в других случаях, оговоренных в Правилах № 61830/001.

7.5. В случае неуплаты Страхователем страховой премии или очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку в установленные п. 4.4. настоящего Договора сроки, Страховщик имеет право:

7.5.1 досрочно расторгнуть Договор страхования, уведомив об этом Страхователя в письменном виде, в этом случае уплаченная страховая премия Страхователю не возвращается;

7.5.2 приостановить действие страхования, обусловленного настоящим Договором, уведомив об этом Страхователя в письменном виде. Действие страхования, обусловленного настоящим Договором, может быть возобновлено с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления просроченного страхового взноса на расчетный счет Страховщика, при этом письменного заявления о возобновлении действия страхования не требуется.

7.6. Действие страхования, обусловленного настоящим Договором, может распространяться на страховые случаи, произошедшие после поступления очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, в том случае, если между Страховщиком и Страхователем заранее достигнуто письменное соглашение о продлении срока уплаты просроченного страхового взноса.

7.7. При досрочном прекращении действия Договора в целом или в отношении части Застрахованных по основаниям, предусмотренным Договором, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, кроме случаев, когда возврат части страховой премии прямо предусмотрен условиями Договора.

7.8. При прекращении действия Договора Страхователь не освобождается от обязанности уплатить страховую премию за неоплаченный период времени, в течение которого продолжал действовать Договор.

8. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. В случае изменения тарифов на медицинские услуги Страховщик имеет право поставить перед Страхователем вопрос об изменении страховой суммы и пересчете суммы страховой премии.

8.2. По согласованию Сторон допускается внесение изменений/дополнений в перечень лечебно-профилактических учреждений, указанных в Программе добровольного медицинского страхования (Приложение №1 к Договору). Все изменения оформляются дополнительным соглашением Сторон в течение 10 рабочих дней с момента получения Страховщиком письменного запроса от Страхователя.

8.3. По согласованию Сторон Застрахованным могут быть оказаны медицинские услуги, не входящие в программу страхования, при условии гарантированного обеспечения Страхователем достаточного резерва денежных средств в пределах лимитов ответственности Страховщика, указанных в п. 4.1.1. и 4.1.2 Договора.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1 Споры по Договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

9.2. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в течение срока исковой давности, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Следующие Приложения к Договору являются его неотъемлемыми частями:

Приложение № 1 – Программа добровольного медицинского страхования;

Приложение № 2 – Список Застрахованных;

Приложение № 3 – Правила медицинского добровольного страхования № 61830/001.

10.2. Все заявления, сообщения и уведомления по Договору должны быть сделаны Сторонами в письменном виде и направляться друг другу посредством почтовой, курьерской, телефаксной или иной связи. Допускается факсимильное воспроизведение подписи представителей Сторон, в т.ч. на Дополнительных соглашениях к Договору и счетах.

10.3. Договор составлен и подписан на русском языке в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК:

Адрес места нахождения: _____

тел.: ____; факс : _____

ИНН /КПП

ОГРН , ОКВЭД

Банковские реквизиты: _____

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Адрес места нахождения: _____

тел.: ____; факс : _____

ИНН /КПП

ОГРН , ОКВЭД

Банковские реквизиты: _____

Страхователь с условиями страхования ознакомлен и согласен. Правила «Добровольного медицинского страхования» (№ 61830/001) с текстом программ страхования получил.

СТРАХОВЩИК

_____/____/____

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

_____/____/____

М.П.

Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга»

**СТРАХОВОЙ ПОЛИС
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН**

По настоящему полису

 фамилия, имя, отчество

— _____
 год рождения, пол, место работы, социальное положение,

— _____
 адрес постоянного места проживания, телефон

имеет право получать медицинскую помощь по Договору добровольного медицинского страхования граждан № _____ от « ____ » _____ 20__ г. на период действия Договора с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г. в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования.

Программа и перечень медицинских учреждений прилагаются.

С условиями и Правилами медицинского добровольного страхования (№ 61830/001) ознакомлен и согласен:

 Дата « ____ » _____ 20__ г.

Страховщик _____ / ____ /
 М.П.